

**ANEXO II -  
DECLARAÇÃO PARA CANDIDATO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA.**

O (A) Candidato(a) \_\_\_\_\_  
CPF nº ; \_\_\_\_\_ candidato(a) ao Concurso público para preenchimento de  
vagas no cargo quadro de pessoal da Prefeitura Municipal Rio Verde -Goiás, declara ser  
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA. Nessa ocasião, o (a) referido (a) candidato (a) apresentou  
LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Estatística Internacional de Doenças e  
Problemas Relacionados à Saúde (CID), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência de que  
portador:\_\_\_\_\_.

Código correspondente da  
(CID)\_\_\_\_\_.

Nome e CRM do médico responsável pelo  
laudo\_\_\_\_\_.

Dados especiais para aplicação das PROVAS: marcar com x no quadriculo, caso necessite de  
Prova Especial ou não. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário.

( ) NÃO NECESSITA de PROVA ESPECIAL e/ ou de TRATAMENTO ESPECIAL.

( ) NECESSITA de PROVA e/ou CUIDADO ESPECIAL. OBSERVAÇÃO: Não serão  
considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais  
como miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres. Ao assinar este requerimento, o(a)  
candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação,  
nos termos do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da  
União de 03 de dezembro de 2004, sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não  
homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato